Nr 13. Kraków, 31. marca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.



Polecam mój

Chloraethyl

Dr Thilo

z zamknięciami automatycznemi i spiralnemi. odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej.

Flaszki automatyczne napełnia się na nowo.

Prospekty do rozporządzenia. 89

Mr. C. RAUPENSTRAUCH,

em. aptekarz, WIEDEŃ II., Castellezg. 25

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera; jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego można z dobrym skutkiem zalecać w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

JODTRANOL (Matula)

Likier żelazisto **jod**-peptonowy składu 0·60% Fe, 0·10 Mn i 0·03% **jodu,** dobrego i przyjemnego smaku. w działaniu zastępuje **w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).**

Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10 Mn wyrobu

aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, niedokrwistości, zimnicy, w zołzach, kobiecych i nerwowych cierpieniach. 206

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.

Dwie flaszki posyłam franco.

JODLYSIN LAOKOON

połączenie jodu z peptonem w płynie

1 ccm = 20 kropel = 0·04 jodu

nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, lecz dopiero w tkankach, wskutek czego nie sprawia zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jodlysin według badań **Prof. Dr Bądzyńskiego jest identycznym** preparatem z Jodone Robin.

Wskazania: Astma, choroby mięśnia sercowego, zapalenie stawów chron., zapalenie nerek chron. (nephr. interstit.), otyłość, marskość wątroby, kiła drugo- i trzeciorzędna, reumatyzm, objawy poluet. degenerat. systemu nerwowego, zaburzenia funkcyi gruczołów wewnętrznego wydzielania, zwapnienie żył.

PEPTOFERLYSIN LAOKOON

Organiczne połączenie żelaza w postaci stężonego roztworu, który w małej objętości zawiera wielką ilość odżywczej substancyi żelazistej.

1 ccm = 20 kropel = 0·01 Fe

Peptoferlysin jest preparatem identycznym z Peptonate de Fer Robin, zawiera jednak 5 razy większą ilość żelaza od ostatniego.

Wskazania: Błednica, niedokrewność, cierpienia maciczne, nerwowość, ogólne osłabienie, rekonwalescencya.

SPERMIN LAOKOON

essencya i injekcye.

Preparaty identyczne z Spermin Poehl.

Wskazania: Alkoholizm, zwapnienie żył, zapalenie stawów zniekształcające, błednica, drgawki porodowe, choroby serca, histerya, influenca, podagra, spadek sił przed i po operacyach, zapalenie płuc, uwiąd starczy, neuralgia, neurastenia, zapalenie nerek, psoriasis, choroba angielska, reumatyzm przewlekły, róża, skorbut, kiła, tabes i inne schorzenia stosu pacierzowego, gruźlica, tyfus, chroniczne i ostre zatrucia, impotencya.

MAMMID LAOKOON

pastylki à 0·3 i injekcye.

Wskazania: Włókniaki i krwotoki macicy, dolegliwe miesiączkowanie, zapalenie błony śluzowej macicy.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

Prospekty i wzory darmo i opłatnie. 217

Rok LVI. Kraków, 31. marca 1917. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni anatomo-patologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

Przyczynek do patogenezy twardziny skóry (sclerodermia)

podał

Prof. Dr Józef Hornowski,
prosektor Zakładu.

Do rzędu nerwic z zaburzeniami czuciowo-naczyniowo-odżywczemi zaliczamy dzisiaj i twardzinę skóry, opisaną po raz pierwszy dokładnie przez Thiriala w roku 1845.

Najznamienniejszą cechą tego schorzenia jest to, iż odróżnia się ono od innych pokrewnych nerwic (erytromelagii i choroby Raynauda) przez prawie wyłączne występowanie zmian odżywczych w skórze, gdy inne, wspólne dla wszystkich tych nerwic objawy czuciowe i naczynioruchowe ustępują na plan drugi, lub nawet mogą być zupełnie nie zaznaczone.

Dwie wyżej zaznaczone nerwice stosunkowo często kombinują się z twardziną skóry, przyczem mogą być one sprawą pierwotną, zaś twardzina — wtórną, lub na odwrót. Poza tem istnieje cały szereg takich przejściowych postaci, w których nie podobna odróżnić erytromelalgii od twardziny skóry, pomimo iż, jak to zaznacza Cassirer, stosunki pomiędzy temi dwoma postaciami chorobowemi nie są tak bliskie, jak między twardziną skóry, a chorobą Raynauda.

Twardzina skóry występuje najczęściej w wieku dojrzałym, lecz może być również i u dzieci, nawet kilkutygodniowych, jak również i u starców. Stwierdzano u osób takich prawie zawsze pewne obciążenie nerwowe, pewną zmniejszoną odporność układu nerwowego, choć nagół twardzina skóry występuje tylko wyjątkowo u osób z organicznemi cierpieniami nerwowemi.

O etyologii tego schorzenia nie możemy literalnie niczego powiedzieć, gdyż, przeglądając piśmiennictwo, dotyczące przypadków twardziny skóry, których jest około tysiąca, nie znajdujemy stanu chorobowego, ani żadnej możliwej przyczyny, którymby różni autorzy nie przypisywali bezpośredniego wpływu na powstawanie twardziny skóry.

W przebiegu tego schorzenia, który może być ostry, lub przewlekły, wolno postępujący, odróżniamy trojakiego rodzaju makroskopowe zmiany w skórze, od czego zależy i podział tej choroby na trzy różne okresy. W okresie pierwszym występuje zwykle zbity obrzęk skóry, a w oczy rzuca się gładkość i połysk powierzchni, często wejrzenie jakby alabastru. W okresie drugim występuje stwardnienie, zbitość i znaczne napięcie skóry, które chory odczuwa podmiotowo; skóra wygląda, jak polakierowana, jest szklisto przejrzysta i nieruchoma na swojem podłożu tak, iż nie daje się unieść w fałdy. Wreszcie w okresie trzecim występuje zanik skóry, który się charakteryzuje przez papierowate jej ścieńczenie.

Bardzo często dwa pierwsze okresy nie występują zupełnie, lub występują bardzo niewyraźnie, a całe schorzenie przebiega pod postacią zaniku skóry od pierwszej chwili.

Dodać tu należy, że opisane zmiany nie ograniczają się tylko do skóry, lecz mogą rozszerzać się i na wszystkie inne tkanki i narządy.

Co się tyczy wydzielania skóry (tłuszcz, pot), to może być ono wzmożone, zachowane lub zmniejszone, zależnie od okresu i zmian w skórze. Kaposi stwierdził, iż po wstrzyknięciu 0·01 pilokarpiny wydzielanie potu jest naogół obfite, z wyjątkiem miejsc zajętych na skórze przez sprawę chorobową, szczególniej, o ile wystąpił już w tych miejscach zanik.

Tak samo, jak wydzielina skórna, zachowuje się barwik; — może go być ilość zwykła, zmniejszona lub zwiększona, co wywołuje występowanie zabarwionych miejsc w postaci ognisk, plam, pasem.

Ciepłota skóry, zajętej przez sprawę chorobową, w początkowych okresach jest nieco podniesiona, później obniżona, zaś chory podmiotowo ma uczucie zimna.

To są szczegóły, które chciałem podkreślić w przebiegu klinicznym.

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych, to w skórze przeważają objawy zaniku poszczególnych jej części, w naczyniach obwodowych drobnych występują zwykle najrozmaitsze zmiany, najczęściej o charakterze zapalnym w postaci zapalenia zewnętrznej, środkowej, a nawet wewnętrznej warstwy tętnic, które doprowadzają do zmniejszenia światła naczyń, zaś w nerwach skóry bądź brak wszelkich zmian, bądź też występują objawy zapalne, ograniczone do torebki nerwów, lub też do ich naczyń. Krzyształowicz zwraca szczególną uwagę na nacieki z komórek plazmatycznych naokoło dużych naczyń dolnej części skóry właściwej, oraz zbicie się, stwardnienie i jednolitość tkanki klejorodnej w skórze właściwej.

Lecz zmiany anatomopatologiczne nie ograniczają się zwykle do samej tylko skóry. Znajdujemy również nadmierne bujanie tkanki łącznej w różnych narządach, wraz z ich zanikiem, lub też przewlekłe zmiany zapalne.

Poza tem opisywano cały szereg charakterystycznych jakoby dla twardziny skóry zmian, które widocznie jednak nie miały z nią nic wspólnego, a mogły być zupełnie przypadkowe. W układzie nerwowym ośrodkowym i obwodowym znajdowali jedni autorzy zmiany zapalne, znacznego stopnia zwyrodnienia, drudzy nie znajdowali najmniejszych nawet zmian. Układ współczulny, w znanych mi przypadkach, w których był badany, przedstawiał się najzupełniej prawidłowo. Wreszcie w ostatnich czasach zwrócono uwagę na zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania i w nich niektórzy zaczęli dopatrywać się charakterystycznych dla twardziny skóry zmian.

W związku z tem wszystkiem, co powiedziałem, istnieją najrozmaitsze poglądy i teorye co do patogenezy twardziny skóry.

Na pierwszy plan wysuwa się teorya naczyniowa, szukająca przyczyny twardziny skóry w schorzeniu naczyń, i to głównie obwodowych. Przewlekłe zapalenia zewnętrznej, środkowej i wewnętrznej warstwy tętnic, występujące ogniskowo w tętniczkach skóry, mają być główną przyczyną powstawania zmian w skórze. Według Krzyształowicza nacieki w zewnętrznej warstwie tętniczek, nacieki, przechodzące czasami nawet na warstwę środkową, wywołują zwężenie światła naczynia, a nawet zarastanie tegoż i zupełny zanik. Również i Dinkler przypisuje rozstrzygające znaczenie dla zmian, występujących w skórze, naciekom w warstwie zewnętrznej. Natomiast Heller upatruje główną przyczynę twardziny skóry w schorzeniu naczyń chłonnych i w zastoju limfy.

W związku z tem chcą niektórzy autorzy dopatrywać się wpływu pierwotnych zmian w naczyniach na układ nerwowy ośrodkowy, obwodowy lub współczulny; według poglądów tych schorzenie naczyń w układzie nerwowym pociąga za sobą zaburzenia w ośrodkach naczynioruchowych i odżywczych, których następstwem są zmiany w skórze. Na dowód tego przytaczają Lewin i Heller liczne objawy naczynioruchowe i wydzielnicze, które występują w początkowych okresach twardziny skóry. Według innych poglądów występować ma pierwotne schorzenie ośrodków nerwowych w rdzeniu przedłużonym, a wszystkie inne zmiany, nie wyłączając i zmian w naczyniach — są wtórne.

Wreszcie, co się tyczy gruczołów wewnętrznego wydzielania, mogą one brać różny udział w patogenezie twardziny skóry. Więc przedewszystkiem jedni w schorzeniu tarczycy dopatrują się przyczyny twardziny skóry, za czem mają przemawiać dobre wyniki przy leczeniu twardziny wyciągami z tarczycy, inni natomiast spostrzegali polepszenie się objawów twardziny skóry po wycięciu tarczycy (Pauchot). Gdy jedni autorzy spostrzegali twardzinę skóry w związku z nadmierną czynnością tarczycy przy chorobie Basedowa (Leube, Sattler, Dupré i Guillain), inni widywali ją tylko przy zmniejszonej czynności tarczycy, przy obrzęku śluzowatym (Grasset, Osler, Dehn), lub przy nadmiernym rozroście tkanki łącznej w tarczycy (Jeanselme, Singer, Hectoën, Notthafft, Leredde i Thomas). Wszystko to chyba najwyraźniej wskazuje, że zmiany w tarczycy należy uważać za zmiany, nie stojące w żadnym związku z twardziną skóry.

Strümpell i Lafond dopatrują się pewnego związku twardziny skóry ze zmniejszoną czynnością przysadki mózgowej i uważają twardzinę skóry za sprawę chorobową, stojącą w przeciwieństwie do akromegalii, w której na plan pierwszy występują sprawy rozrostowe kości i skóry, gdy w twardzinie następuje zanik tych tkanek. Pogląd ten popiera również i Roux, który w jednym przypadku twardziny skóry znalazł na sekcyi nadmierny rozrost tkanki łącznej w przysadce mózgowej.

Luzzato i Lundborg na podstawie częstej kombinacyi twardziny skóry z drżączką poraźną, zaś Dupré i Guillain, którzy spostrzegali twardzinę skóry w jednym przypadku tężyczki, dochodzą do wniosku, że zmniejszona czynność gruczołów przytarczycznych stoi w pewnym związku z powstawaniem omawianego schorzenia. Również i Demianowski w przypadku swoim (Przegląd lekarski Nr 12, 1916) stwierdził szereg objawów, które »z całem prawdopodobieństwem mówią o przebytej lub ukrytej tężyczce«.

Występowanie twardziny skóry w związku z chorobą Addisona, zabarwienie ciemne skóry w niektórych przypadkach twardziny sprowadzają niektórzy (Lichtwitz) do zmniejszonej czynności układu chromochłonnego nadnerczy, co ma być bezpośrednią przyczyną zmian w skórze. Touchard mówi o przepuszczającem, nierównomiernem wydzielaniu adrenaliny, co wywołuje nierównomierne drażnienie układu współczulnego i wywołuje jego schorzenie. Te jednak przypuszczenia nie znajdują potwierdzenia w przypadkach Löbla i Wiesela, którzy mikroskopowo nie mogli stwierdzić żadnych zmian w układzie chromochłonnym przy twardzinie skóry, jak również i w przypadkach Cassirera i Neussera, którzy nigdy anatomicznie nie zdołali wykazać związku choroby Addisona z twardziną skóry.

Wreszcie niektórzy autorzy, jak Rasch, Hahn, oraz wyżej wspomniani Dupré i Guillain dopatrują się w równoczesnem schorzeniu kilku gruczołów wewnętrznego wydzielania przyczyny zmian przy twardzinie skóry. Klinger, Hess i Königstein znajdowali w pierwszych okresach twardziny skóry zwiększone napięcie układu współczulnego i nadmierną wrażliwość na adrenalinę, jak również i obecność istot, rozszerzających źrenicę, w surowicy krwi. Badania te potwierdza również i Reines w dwu przypadkach twardziny skóry. Natomiast przy wyleczeniu się z tego cierpienia lub zmniejszaniu się jego objawów, wreszcie i w późniejszych okresach stwierdzali ci sami autorzy brak wymienionych istot we krwi, natomiast znacznie szybsze i silniejsze działanie pilokarpiny, zatem przejście z sympatykotonii do wagotonii. Prócz tego Reines stwierdził w swoich przypadkach zwiększone wydzielanie cukru, co wskazywałoby na pewną niedomogę trzustki.

Przeciw tym wszystkim poglądom oświadcza się stanowczo Falta; wszelkie zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania przy twardzinie skóry są, według niego, tylko zmianami wtórnemi.

Na ostatniem wreszcie miejscu w rzędzie przyczyn, mogących wpłynąć na powstawanie twardziny skóry, stoją czynniki zakaźne, o których tu wspomnieć muszę, choć mają one znaczenie bardzo problematyczne. A więc kiła ma jakoby odgrywać pierwszorzędną rolę w powstawaniu twardziny skóry, więc sprawy gruźlicze w przewodzie pokarmowym mają do niej usposabiać. Grasset i Zambaco uważają twardzinę skóry za pewną formę trądu. Hoppe-Seyler, Dinkler, Wolters znajdowali przy niej różne drobnoustroje — niestety jednak żaden z nich nie mógł wywołać zmian, chociażby trochę podobnych do twardziny skóry. Również i Krzyształowicz przypuszcza istnienie jakiegoś czynnika zakaźnego.

Po tych ogólnych uwagach przechodzę do opisania przypadku twardziny skóry, którego sekcyę wykonałem i w którym przeprowadziłem dokładne badania drobnowidowe. Przypadek ten klinicznie został opisany w Nr 12 z r. 1916 »Przeglądu lekarskiego« przez kol. Demianowskiego, który zbadał go wyczerpująco w początku r. 1914. Wobec tego co do klinicznej strony tego przypadku powołam się tylko na wyżej wspomnianą pracę, tu zaś przypomnę tylko najbardziej charakterystyczne cechy i szczegóły.

1. Twardzinę skóry rozpoznano u chorej już w r. 1910 w Zakładzie Steinhof — znajduje się o tem jednak w historyi choroby z tego Zakładu jedynie sucha wzmianka, w postaci jednego słowa: »Sclerodermia« bez żadnego opisu.

2. Opis kol. Demianowskiego, co do skóry, brzmi:

»Skóra bez zmian wybitnych na twarzy. Od szyi począwszy, w kierunku ramion i piersi coraz twardsza, coraz mniej sprężysta. Na skórze brzucha, przedramion i na palcach rąk zmiany te dochodzą do najwyższego stopnia: skóra nieco zaczerwieniona, o ciepłocie takiej samej, jak ciepłota miejsc niezajętych sprawą chorobową, twarda, zbita, napięta, niepodatna; na przedramieniu i palcach zrosła prawdopodobnie z tkankami głębszemi, nie da się ująć w palce. Końcowe człony palców skrócone, paznokcie częściowo zniekształcone i szponowato zagięte, częściowo zanikłe, w postaci drobnych blaszek. Na kończynach dolnych zmiany znacznie mniejsze; skóra daje się ująć w fałd, nieco zbitsza i twardsza na grzbiecie stóp. Paznokcie bez zmian. Sinica stóp. Posunięcie główką szpilki po miejscach schorzałych pozostawia po sobie dość długo trwającą smugę białawą (dermografia biała). Na plecach niema żadnych zmian. Skóra śniadawa, nie okazuje wyraźniejszych zmian w pigmentacyi«. Na tej podstawie rozpoznał autor: »sclerodermia diffusa, stadium indurativum«.

3. Z innych objawów kol. Demianowski stwierdził, co następuje:

a) Typowe zęby tężyczkowe, z poprzecznem prążkowaniem siekaczy, wystające znacznie z dziąseł w szczęce dolnej.

b) Cataracta punctata oculi utriusque.

c) Lekkie drżenie języka.

d) Zmiany chorobowe na skórze nie odpowiadają ani przebiegowi nerwów, ani segmentom rdzenia.

e) Wassermann + + +.

4) Przy badaniu krwi u tej chorej za życia stwierdziłem zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi (7,175.000), nieliczne czerwone ciałka z jądrami, zwiększenie ilości komórek eozynochłonnych (12%).

(Dokończenie nastąpi).

Praca fizyczna, jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźliczych na zachodzie.

Podał

Dr Ant. Kuczewski z Zakopanego.

(Dokończenie).

Leczenie pracą fizyczną w innych krajach.

Najpierw wspomnieć powinienem o Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki. Tu wogóle wzorują się w walce z gruźlicą na W. Brytanii. Energia wszakże i pomysłowość rasy anglosaksońskiej, zamieszkałej po tamtej stronie oceanu, nieraz w tym względzie prześciga wzory, wzięte od pobratymców z Europy. Wyjątek stanowi zakres stosowania pracy fizycznej w uzdrowiskach dla gruźliczych.

Ile mogę wnosić ze sprawozdań ludowych sanatoryów stanu Massachusetts (25), który obok stanu New York idzie na czele innych w walce z gruźlicą, leczenie pracą fizyczną odgrywa tu znacznie mniejszą rolę, niż w W. Brytanii. Tosamo da się powiedzieć o prywatnem uzdrowisku F. M. Pottengera w Monrovii w stanie California (7). W zakładach tych poza umiarkowanemi ćwiczeniami w postaci przechadzek stosują tylko lekką pracę w postaci sprzątania pokojów, stołów, strzyżenia trawy i pracy w ogrodzie.

Z innych krajów w Europie poza ojczyzną Bodingtona najszersze zastosowanie znalazła praca fizyczna w duńskich uzdrowiskach. Pisząc o walce z gruźlicą w krajach skandynawskich [6] miałem już sposobność zaznaczyć, że we wszystkich 8 ludowych sanatoryach Danii leczenie pracą fizyczną w mniejszym lub większym stopniu zostało uwzględnione.

We wspomnianem już uzdrowisku dla średniozamożnych, pod nazwą Vejlefjord, pozostającem pod wytrawnym kierunkiem prof. Chr. Saugmana, wprowadzono oddawna, na wzór Brehmerowskiego Görbersdorfu, tylko stopniowo wzrastające przechadzki po ścieżkach o łagodnem wzniesieniu i spadzie. Ścieżki te, rozrzucone po obszernym terenie zakładu, są ściśle wymierzone i noszą nazwy znakomitych ftizyologów. Od Bodingtona, Brehmera, Villemina poczynając i kończąc na R. Kochu i Th. Williamsie wszyscy wybitniejsi znawcy gruźlicy zostali tu uwzględnieni. W czasie swojej przeszło miesięcznej pracy w tem uzdrowisku przypatrzyłem się bliżej stosowanym w nim dawkowanym ćwiczeniom fizycznym. Przypuszczam, że gdyby nie poprzestano na nich wyłącznie, a rozszerzono bardziej zakres pracy fizycznej, to wyniki leczenia byłyby tu jeszcze lepsze, niż są obecnie.

W ludowych natomiast sanatoryach duńskich właściwa praca fizyczna znalazła w ogólnym planie leczenia o wiele poczestniejsze miejsce. W czasie zwiedzania tych zakładów w zimie 1914 r. przekonałem się wszakże, że tak pod względem zakresu, jak systematyczności, — uzdrowiska duńskie pod tym względem zostają daleko w tyle poza wielkobrytyjskiemi. W duńskim systemie leczenia przeważa wszędzie leżenie nad ruchem. Ruch stanowi niejako uzupełnienie leżenia. Tylko w Nakkebölefjord Sanatorium, gdzie po Vejlefjordsanatorium pracowałem najdłużej, w kierowniku tegoż, Dr O. Helmsie, znalazłem wybitnego znawcę i wytrwałego propagatora systematycznego leczenia pracą fizyczną. Prowadząc zakład, przeznaczony wyłącznie dla kobiet, lekarz ten wypracował (12) i w czyn wprowadził plan leczenia pracą fizyczną w zastosowaniu do chorych płci żeńskiej. Mimo znacznie większe trudności wyszukania odpowiedniego terenu pracy dla kobiet, Helms potrafił rozwiązać to zadanie znakomicie. Zorganizowana przez niego praca w szwalni, introligatorni, w jadalni, przy myciu oraz czyszczeniu naczynia, sprzątaniu pokojów, usługiwaniu słabszym koleżankom w leżalni, w ogrodzie i przy hodowli ptactwa, idzie karnie, systematycznie i sprężyście. Przyjęte tu główne zasady opiewają: popierwsze, że praca jest doniosłym czynnikiem leczniczym, a powtóre, że stanowi ona obowiązek dla wszystkich chorych bez różnicy wieku i stanu.

Przy sposobności tego podstawowego przepisu, przyjętego w Nakkeböle Fjord-sanatorium podkreślić należy, że prawdopodobnie w duńskich uzdrowiskach wogóle stosowanie pracy fizycznej nie idzie zbyt łatwo, jeżeli zaszła potrzeba aż ustawodawczego wkroczenia w tę sprawę w postaci osobnego (ósmego) paragrafu w prawie z dnia 10 maja 1912 r., który opiewa, że chorzy w sanatoryach ludowych obowiązani są pracować według przepisu i uznania lekarza.

W Niemczech idzie ta sprawa jeszcze oporniej. Na 149 (26), względnie na 151 zakładów leczniczych, jeżeli zaliczyć do nich niemieckie uzdrowisko i kolonię w Szwajcaryi, zdołałem naliczyć tylko 16 zakładów, w których uwzględniono ruch, jako czynnik leczniczy, w tem jedno sanatoryum dla dzieci w Hohenlychen. W tej liczbie znajduje się też jedyne uzdrowisko prywatne Dr Schrödera w Schömbergu, gdzie na małą skalę wprowadzono ćwiczenia gimnastyczne. Poza tymi dwoma zakładami, które też w swoim czasie zwiedziłem, w następujących sanatoryach stosują ruch, jako czynnik leczniczy: 1) Sanatoryum ludowe w Grabowsee w Prusach. 2) Takież sanatoryum w Kottbus tamże. 3) Takież sanatoryum w Müllrose tamże. 4) Takież sanatoryum Dr Weickera w Görbersdorfie na Śląsku Górnym. 6) Takież sanatoryum pod nazwą Albertsberg w Saksonii. 6) Takież sanatoryum w Carolagrün tamże. 7) Sophien-Heilstätte w księstwie Heskiem. 9) Sanatoryum dla żołnierzy w Detmold. 10) 11) Dwie wiejskie kolonie: w Sannum w Oldenburgu i Stübeckhorn w prowincyi Hannowerskiej. 12) Kolonia Agra около Lugano w Szwajcaryi. 13) Deutsche Heilstätte w Davos i 14) Ueberruh bei Isny w Wirtembergii. W ostatnich dwóch bawiłem czas dłuższy w czerwcu r. 1913.

Jeżeli głębiej wejrzeć w tę sprawę, to widzi się wyraźnie, że większość ftizyologów niemieckich, hołdując bez dostatecznego krytycyzmu zasadom Dettweilera, zapatruje się sceptycznie co najmniej na lecznicze znaczenie ruchu wogóle, a pracy fizycznej w szczególności. Nahm na II niemieckim Zjeździe przeciwgruźliczym w r. 1904 (10) był najwymowniejszym rzecznikiem przeciwników tego sposobu leczenia. Nie przytaczając nic za nim, wysuwa on przeciwko niemu takie zarzuty: 1) Nawet przy lekkiej pracy w ogrodzie może chory łatwo przekroczyć miarę. 2) Łatwo może przeziębić się. 3) Praca ręczna zmusza do pochylonego trzymania ciała, co przeszkadza należytemu oddychaniu. 4) W ludowych sanatoryach chorzy a warstw pracujących mają mieć właśnie pożądanie odpoczynku, a nie pracy. 5) Krótki czas trwania leczenia w niemieckich sanatoryach ludowych nie pozwala na przeprowadzenie systematycznego leczenia pracą fizyczną. 6) Nawet w tych przypadkach, gdzie przed upływem tego krótkiego czasu chory wyleczy się, praca może grozić niebezpieczeństwem nawrotu choroby.

Ten szósty zarzut jest najcharakterystyczniejszy. Wobec niego bledną i stają się niepotrzebne inne. Wygląda stąd wyraźna, nie oparta na rzeczowych dowodach niechęć do nowego systemu leczenia. Ogółowi niemieckich specyalistów od gruźlicy brak wprost dobrej woli do wyjścia poza wygodny szablon, stworzony przez Dettweilera.

Byłoby wszakże dziwnem, gdyby w ojczyźne Brehmera brakło zupełnie zwolenników leczenia pracą fizyczną. We wstępie do tej pracy wyliczyłem najwybitniejszych. Żyje jeszcze dotychczas Dr F. Wolff, twórca i kierownik jednego z najstarszych prywatnych sanatoryów w Niemczech, Reiboldsgrün (21), położonego w Saksonii, i prezes Saskiego towarzystwa budowy ludowych sanatoryów dla gruźliczych. Bezpośrednim jego wpływom zawdzięczać należy, że w dwóch uzdrowiskach, do wymienionego Towarzystwa należących, Albertsberg, przeznaczonem

[6]) Lwowski »Głos lekarzy« z r. 1914, Nr 10 i 12.

dla mężczyzn i Carolagrün dla kobiet, praca fizyczna znalazła, jak na Niemcy, szerokie zastosowanie. Dr Wolf, jak już wyżej zaznaczono, stara się przeprowadzać ideę tego leczenia. Ale, jak widzieliśmy, słabo przyjęła się ona na gruncie niemieckim. Nawet ci lekarze, którzy rozumieją doniosłość tego sposobu leczenia, natrafiają na nieprzezwyciężone przeszkody. Wobec nich osławiony rygor niemieckich sanatoryów stoi bezsilny i bezradny. Chodzi tu o zasadnicze tło spółczesnego życia społecznego w Niemczech. Rygor, oparty na systemie koszarowym, a nie na zaufaniu obustronnem lekarza i chorego, nie może przekonać chorego o leczniczem znaczeniu pracy fizycznej. Chory rozpolitykowany i przed wstąpieniem jeszcze do sanatoryum uprzedzony do wszystkiego, co pochodzi od t. zw. klas uprzywilejowanych, nie chce i nie może widzieć w lekarzu nic więcej, jak zwierzchnika. »Praca nabawiła mię choroby. Nie wierzę, aby ona mogła mi pomódz. Zresztą, jeżeli ona ma leczyć, dlaczego lekarze nie stosują jej w zakładach dla zamożnych?«, odpowiada stale i uparcie taki chory na wszystkie nalegania i nakazy lekarza. Wytwarza się w uzdrowiskach, zwłaszcza męskich, nieznośny wprost nastrój, który najlepiej charakteryzuje sam Wolf. Przytaczam dosłownie i bez tłumaczenia zdanie tego weterana niemieckiego ruchu przeciwgruźliczego o spółczesnych stosunkach w tamtejszych sanatoryach ludowych; zdanie to wypowiedział Wolf w grudniu roku 1913 (28). »Leider aber stört bei den Männern des Arbeiterstandes die leidige Politik das vertrauensvolle Verhältnis zum Arzt. Diese Politik wird in die Ruhe und Stille der Heilstätten hineingetragen, erregt die Gemüter der Leidenden und führt dazu, dass statt des Vertrauens Misstrauen bei den Kranken herrscht und an Stelle eines freundlichen Empfindens dem Arzt gegenüber gar ein feindliches tritt. Dadurch werden die Männer des Proletariats zum undankbarsten Material des Heilstättenarztes«.

Trzecią wielką przeszkodą do stosowania pracy fizycznej w niemieckich uzdrowiskach ludowych, jak to już zaznaczył Nahm, jest krótkość czasu leczenia, owe osławione 100 dni, jakie przeznaczają urzędy ubezpieczenia społecznego dla tego rodzaju zakładów. Taka biurokratyczna, nie licząca się zgoła z życiem formułka, nigdzie, w żadnym poza Niemcami kraju nie znalazła zastosowania.

Naturalnie przy wyliczonych warunkach, jeżeli nie niemożliwą, to bardzo trudną jest rzeczą przeprowadzić stopniowo i systematycznie leczenie pracą fizyczną. Wszędzie też, gdzie je spostrzegałem, n. p. w Ueberruh bei Isny i w niemieckiem sanatoryum w Davos, stanowiło ono tylko dodatek do leczenia spokojem. Ten panuje tu wszechwładnie. Przytoczone niżej tablice godzin werandowania, w największej i najmniejszej ilości stosowanego w niemieckich uzdrowiskach, oraz tablice porządku dnia w tych sanatoryach, gdzie praca fizyczna istnieje, najdowodniej wykażą, jak mało dla tej pracy pozostaje miejsca. Według Nahma (10) werandowanie powinno trwać najkrócej w ciągu następujących godzin: 8—9, 12—1, 2—4, 6—7, 8—9, najdłużej zaś: 8—10, 10·30—1, 2—4, 4·30—7, 8—9.

Następnie podaję porządek dnia w dwóch uzdrowiskach, w których praca fizyczna znalazła zastosowanie, z rozmaitych krajów Rzeszy Niemieckiej.

Tabl. IX.

Ueberruh bei Isny (Wirttembergia).

6·45	Wstawanie z łóżka.
7·30	Śniadanie.
9—9·45	Weranda.
10·—	Przerwa.
10·30—12	Weranda i dla niektórych praca.
12·30	Obiad.
1·45—3·45	Weranda.
4·—	Kawa.
5—6·45	Weranda.
7·—	Wieczerza.
8·30	Mleko, po niem łóżko.
9·30	Gaszenie światła.

Tabl. X.

Grabowsee (Prusy).

6·30	Wstawanie, słanie łóżek.
7·30	Kawa.
7·45—9·30	Natryski, nacierania, kąpiele, inhalacye.
9·30	Śniadanie.
10—12	Weranda, kąpiele powietrzne.
10—12	Dla niektórych praca.
12·15	Obiad.
1·30—3·30	Weranda.
4·—	Kawa.
5—7	Weranda; dla niektórych praca.
7·30	Wieczerza.
8·30	Mleko.
9·30	Gaszenie światła.

Wobec wyłuszczonych trudności i przeszkód, na jakie leczenie pracą fizyczną natrafia w niemieckich sanatoryach, niektórzy jego zwolennicy pragną je forsować, zachęcając do niego chorych wynagrodzeniem. W niektórych zakładach płacą po 10—15 fenigów za godzinę pracy. Nie trzeba chyba dodawać, że całej sprawie więcej to szkodzi, niż pomaga, bo budzi w chorych jeszcze większe wątpliwości co do leczniczej wartości pracy fizycznej.

O wiele lepiej od pracy fizycznej stoi w niemieckich uzdrowiskach gimnastyka oddechowa. Nawet bezwzględni przeciwnicy pracy fizycznej, jak n. p. wymieniony już kilkakrotnie Nahm, dość chętnie przystają na stosowanie gimnastyki oddechowej. Żeby rozwinąć znajdujące się w sąsiedztwie zagęszczonych chorobowych ognisk zapadnięte całe zraziki i oddzielne pęcherzyki płucne, oraz żeby polepszyć warunki obiegu krwi w tych miejscach, stosują pewne ćwiczenia oddechowe, mając na względzie stronę, bardziej dotkniętą chorobą. W tym celu dwa albo trzy razy na dzień, po 15 minut za każdym razem, zalecają chorym robić po 16—20 głębokich ruchów oddechowych na minutę. W ten sposób wypada po 240—300 ruchów na jedno ćwiczenie i 480—900 w ciągu dnia. Najlepiej, jeżeli tę gimnastykę odbywa się na otwartem powietrzu. W czasie ćwiczeń trzyma się ręce w trojaki sposób: wyciągnięte wzdłuż ciała, założone na krzyż z tyłu głowy albo zgięte w łokciach, z laską, umieszczoną z tyłu ciała w tych zgięciach. Najwyższy stopień tego rodzaju gimnastyki stanowią ćwiczenia z coraz większymi ciężkami (niewątpliwie nieodpowiednie).

Aby skończyć z Niemcami, nadmienić trzeba, że posiadają one dla ozdrowieńców dwie kolonie wiejskie: Sannum w Oldenburgu (33) i Stübeckhorn w prowincyi Hannowerskiej. W tych zakładach stosują pracę na roli, ale nie tak systematycznie, jak w W. Brytanii. Nadto nie mają te kolonie stałych lekarzy.

Przechodząc do Szwajcaryi, tyle tylko można o niej powiedzieć, że poza wspomnianem już kilkakrotnie niemieckiem uzdrowiskiem w Davos i kolonią w Agna koło Lugano spotkałem się z pracą fizyczną w zwiedzonem w maju r. 1913 najstarszem szwajcarskiem sanatoryum w Heiligenschwendi w kantonie Bern. Dzielny długoletni jego kierownik, Dr Kaeser, już od r. 1904 wprowadził tu pracę fizyczną. O zakresie zaś jej stosowania niech powie on sam: »Chorzy pracują u mnie niezbyt chętnie. Jeżeli panuje pogoda, to najulubieńszym rodzajem pracy latem jest koszenie przy obnażonej do pasa górnej połowie ciała. Pracować pozwalam najwyżej w ciągu 1—4 godzin dziennie. Zresztą systematycznie stosować tego środka nie mogę«. Są to słowa listu z d. 31 marca r. 1914, do mnie w tej sprawie pisanego.

W innych uzdrowiskach szwajcarskich, n. p. Knoblisbühl w kantonie St. Gallen, jeżeli nawet ruch jest stosowany, to ogranicza się on, jak sam na miejscu się przekonałem, do przechadzek po przeprowadzonych serpentyną na stoku górskim ścieżynach.

Z pozostałych krajów europejskich pracują wedle sił suchotnicy w schroniskach norweskich i szwedzkich, ale o leczeniu trudno tu mówić. Względy na odosobnienie i względy gospodarcze stoją tam na pierwszem miejscu, zaciemniając prawie zupełnie stronę leczniczą. Znalazłem też parę niejasnych wzmianek o pracy fizycznej, stosowanej w koloniach dla gruźliczych na południu Francyi, ale na podstawie ich nic określonego nie potrafiłbym powiedzieć.

Mimo, że to wykracza poza ramy poruszonego tematu, należy zaznaczyć, że w Polsce praca fizyczna od r. 1911 znalazła możliwie systematyczne zastosowanie w dwóch uzdrowiskach Królestwa Polskiego: w Rudce i Leśniczówce. Dr T. Budzyński (34) na podstawie zdobytych wyników, zwłaszcza w tem drugiem uzdrowisku, zachęca do dalszej pracy w tym kierunku.

Przechodząc do oceny leczenia pracą fizyczną chorych na gruźlicę płuc na podstawie doświadczenia, zdobytego w uzdrowiskach zachodu, zwłaszcza W. Brytanii,

gdzie ono jest, jak to starałem się wyżej udowodnić, najdokładniej opracowane, zgadzam się w zupełności z Dr Budzyńskim, że powinna ona być stosowana przedewszystkiem oględnie. Rozumiałbym wszakże tę oględność w znaczeniu, jakie jej nadają w tym względzie lekarze wielkobrytyjscy, zwłaszcza Paterson i Philip. Innemi słowy, chorzy do tego rodzaju leczenia powinni być skrupulatnie dobierani. Najdokładniej i najłatwiej się tego dokonywa przy koordynacyi opieki-przychodni ze szpitalem i uzdrowiskiem dla gruźliczych, jakiej wzór widzimy w Edynburskim systemie walki z gruźlicą (22). Następnie praca fizyczna powinna być jak najsubtelniej dawkowana i przez to samo dozór lekarski nad przeprowadzeniem tego leczenia powinien być jak najściślejszy, o wiele troskliwszy, niż przy leczeniu spokojem. Dla jakiegokolwiek szablonu niema tu zgoła miejsca; każdy krok chorego powinien być lekarzowi wiadomy. Wymagana jest tutaj od lekarza duża umiejętność, wprawa, doświadczenie i gorliwość. Praca lekarza podwaja się w porównaniu z pracą lekarzy w uzdrowiskach z »Liegekur«, bo żaden najlżejszy objaw przepracowania u chorego nie powinien ujść uwagi lekarza. Stąd sam przez się wypływa wniosek, że praca fizyczna może być stosowana tylko w sanatoryach i że z jej wprowadzeniem liczba lekarzy, wobec zwiększonego znacznie dozoru i pracy, powinna być pomnożona w porównaniu ze stanem obecnym, gdy ogólnie prawie na kontynencie Europy panuje leczenie spokojem.

Te wszystkie zastrzeżenia ujawniają jedną z najważniejszych ujemnych stron leczenia pracą fizyczną, która polega na łatwości przekroczenia miary leczniczej.

Dodatnie wszakże strony tego leczenia, stwierdzone dostatecznie doświadczeniem W. Brytanii, są tak znaczne i liczne, że chyba nie może być wątpliwości w jego użyteczność, jeżeli naturalnie kombinować je z leczeniem spokojem. Zalety tego sposobu leczenia polegają przedewszystkiem na tem, że praca fizyczna hartuje ustrój w przeciwieństwie do spokoju, który go wydelikaca.

Większości chorych przybywa na wadze. Przybytek ten, jak zauważono w sanatoryach W. Brytanii, jest nierównie trwalszy, niż przy leczeniu spokojem, bo opiera się nie na przyroście tłuszczu, ale na rozwoju tkanki mięśniowej. Oddychanie, obieg krwi w płucach poprawiają się. Działalność serca wzrasta. Co zaś najważniejsze, zwłaszcza dla uzdrowisk ludowych, to, że praca fizyczna ułatwia choremu bezpośrednie przejście ze stanu rekonwalescencyi do uprawiania zawodu.

W czasie samego leczenia praca fizyczna, celowo zorganizowana, dodatnio wpływa na stan duchowy chorego. Każdy, kto pracował w sanatoryum dla gruźliczych, wie dobrze, jak często zachodzą zaburzenia w stanie nerwowoduchowym takich chorych. Bezczynne życie przy leczeniu samym spokojem tylko bardziej zwiększa przygnębienie i niedomogę nerwową u chorych, natomiast praca odrywa ich myśli od trapiącej choroby, daje poczucie siły i wiarę w wyzdrowienie.

Dla każdego nieuprzedzonego oględne i umiejętne stosowanie pracy fizycznej u gruźliczych posiada tyle stron dodatnich, że nic dziwnego, iż na szóstym Zjeździe przeciwgruźliczym w Waszyngtonie w r. 1908 przedstawiciel niemieckiego Centralnego Komitetu walki z gruźlicą prof. Pannwitz (19), którego nikt o brak oględności i zbytni zapał do stosowania pracy fizycznej posądzać nie może, uczynił między innemi następujący wniosek: »Równocześnie z higienicznodyetetycznem leczeniem i stosowaniem spokoju powinna być w sanatoryach ludowych wprowadzona praca fizyczna na otwartem powietrzu pod dozorem lekarza. Praca ta powinna być tak zorganizowana, aby dzieciom ułatwiała wybór, u dorosłych zaś zmianę zawodu«. Pisząc się zupełnie na ogólne brzmienie tego wniosku, byłbym za wprowadzeniem do niego poprawki, aby uzdrowiska starały się za pomocą leczenia pracą fizyczną przywrócić zdolność całkowitego powrotu do uprawianego zawodu. W tych przypadkach, gdzie ze względu na stan zdrowia staje się to niemożliwem, należy zakładać wiejskie kolonie z pracą na roli w celu ułatwienia zmiany zawodu. Przykład Edynburskiej Farm Colony (22) daje dowód, że jest to wykonalne.

Inne uzdrowisko w Anglii, Benenden, daje wzór szczęśliwego połączenia właściwego sanatoryum z kolonią. Na obszernym terenie, obejmującym 250 akrów gruntu (100 hektarów), można poza innymi rodzajami stopniowanej pracy stosować też prace na roli. Urządzenie całego zakładu jest proste, ale higieniczne. Budowa kosztowała niezwykle tanio, bo po 145 funtów sterlingów czyli 2900 marek za łóżko, włączając w to już kupno gruntu. Koszt utrzymania wynosi około 100 szylingów (100 marek) miesięcznie (38).

Przypuszczałbym, że ten typ zakładu leczniczego dla gruźliczych, oparty przeważnie na leczeniu pracą fizyczną, kombinowaną z częstym odpoczynkiem, znajdzie najszersze zastosowanie w przyszłości, zwłaszcza w takich, jak nasz, krajach. Dr Rubel oddawna propaguje ten rodzaj sanatoryów w Rosyi, w Anglii też młodsi ftizyologowie przywiązują do leczenia pracą fizyczną gruźliczych wielką wagę. Dr I. E. Esslemont w szeregu artykułów (35, 36 i 37) roztacza zajmujące plany, jak typ Benendeńskiego zakładu rozwinąć w osobne obszerne wiejskie kolonie dla gruźliczych. W tych koloniach upatruje Esslemont rozwiązanie zadania, jak udostępnić leczenie i odosobnienie wszystkim, nawet najmniej zamożnym, kto tylko zapadł na gruźlicę.

Mimo wszakże wszystkie zalety leczenia pracą fizyczną, nie należy zapoznawać znacznych trudności, połączonych z jego wprowadzeniem i prowadzeniem. Poza wymienioną już trudnością pod względem wykwalifikowania i dozoru lekarskiego nie mniejsze zajdą z wyborem terenu i organizacyi pracy. Przedewszystkiem sanatoryum powinno posiadać dostateczny teren dla założenia pólek i ogrodów. Nabycie potrzebnego na to gruntu może pociągnąć zwiększenie kosztów urządzenia i budowy. Ale przykład Benenden dowodzi, że tę przeszkodę można pomyślnie przezwyciężyć. Następnie klimat i położenie sanatoryum wywieraja wybitny wpływ na organizowanie leczenia pracą fizyczną. W górach ze względu na nierówny teren i surowy klimat nierównie jest trudniej zorganizować ciągłą pracę bez różnicy pory roku, niż w nizinach i w klimacie południowym. Tu wypadnie nieraz borykać się z wielkiemi przeszkodami, aby zapewnić ciągłość leczenia.

Dalej, w sanatoryach dla inteligencyi należy się liczyć z poziomem kultury i przesądami, panującymi w każdem społeczeństwie. U nas n. p., jak tego dowodzi przykład uzdrowiska w Rudce (34), praca fizyczna napotyka na opór i niechęć wówczas, gdy w W. Brytanii, jak to wyżej starałem się wykazać, inteligencya w pracy szuka lekarstwa na swoją chorobę na równi z robotnikami.

Co do robotników, to, jak widzieliśmy na przykładzie szczególniej Niemiec, a czego można obawiać się dla naszych również stosunków, mogliby oni okazywać opór i niechęć, nieraz nieprzezwyciężone.

Nareszcie ważną jest sprawa wynagrodzenia za prace. O ile we wszystkich koloniach dla ozdrowieńców jest ono zupełnie na miejscu, o tyle byłbym jego przeciwnikiem w uzdrowiskach. Jeżeli pracę fizyczną stosuje się, jako czynnik leczniczy, to tak za nią, jak za leżenie na werandzie, jak za wstrzykiwania tuberkuliny, nie powinno się choremu płacić.

Praca fizyczna, według zasady angielskiej, powinna być obowiązkową, ale nie przymusową. Chory w sanatoryum powinien do niej przystępować z głębokiem przeświadczeniem o jej doniosłem znaczeniu leczniczem. Jeżeli stosunek chorego do lekarza będzie oparty na zaufaniu, nie zajdzie potrzeba używania innej zachęty ponad przekonywanie i życzliwą radę.

Piśmiennictwo. 1) Dr R. W. Philip: Rest and Movement in Tuberculosis. Edinb. 1911. — 2) Tenże: The Anti-Tuberculosis Programme: Coordination of Preventive Measures. Odczyt na Zjeździe w Waszyngtonie. — 3) Tenże: Scotish Med. and Surg. Journ. Styczeń 1900. — 4) Dr M. S. Paterson: Procedings of Sect. II Sixth Internat. Congr. on Tubercul. Washington. 1908. — 5) Dr A. C. Inman: Tamże. — 6) Dr C. Theodore Williams; Sixth National Congr. on Tuberculosis. Philadelphia, 1908. — 7) Dr F. M. Pottenger; Tamże, gdzie 4. — 8) Rozprawy nad leczeniem w uzdrowiskach w II Sekcyi VI Zjazdu przeciwgruźliczego w Waszyngtonie w r. 1908. — 9) George Bodington: Selected Essays and Monographs, wydane przez »New Sydenham Soc.« tom 172. — 10) II Versammlung der Tuberkuloseaerzte 24—26. XI. 1904. Berlin. — 11) VII Versammlung der Tuberkuloseärzte 1910. Karlsruhe 1910. — 12) O. Helms: Ztschr. f. Tubrk., tom XVI, zesz. 4. — 13) Sprawozdania duńskiego Nationalforeiningen Sil Tuberkulosens Bekaempelse z lat 1912—13 i 1913—14. — 14) Sprawozdania z duńskiego Veilefjord Sanatorium z lat 1910, 1911, 1912 i 1913. — 15) Sprawozdania z duńskiego Boserup Sanatorium od r. 1904 do 1912. — 16) Georg Liebe: Vorlesungen über Tuberkulose. Münch. 1909. — 17) Ch. Bäumler: Zeitschr. f. Tubrk., 1912, str. 521. — 18) F. Wolff: Ztschr. f. Tbrk. tom 21, zeszyt 5, 1913. — 19) Prof. G. Pannwitz: Sixth Internat. Congr. in Washington. Procedings of Section II. — 20) Tad. Budzyński: Gaz. lek. 1913, Nr 45. — 21) Ant. Kuczewski: Przegl. lek. 1914, Nr 5 i 6. — 22) Tenże: Zdrowie Nr 5, 1914. — 23) Halliday Sutherland: The Control

and Evadication of Tuberculosis. Edinb. 1911. — 24) F. Rufenacht Walters: The Open-Air or Sanatorium Treatment of Pulmonary Tuberculosis. London 1909. — 25) Massachusetts Hospitals for Consumptives. Sixth annuel report. Boston 1913. — 26) Uebersicht über die deutschen Heilstätten für Lungenkranke im Frühjahr 1913. — 27) Prof. Nietner: Deutsche Lungenheilstätten in Wort und Bild. Berl. 1913. — 28) F. Wolff: Ztschr. f. Tbrk., grudzień 1913. — 29) Sprawozdania uzdrowiska Ueberruh bei Isny z r. 1910, 1911 i 1912. — 30) Sprawozdania uzdrowiska Heiligenschwendi od r. 1898 do 1912 r. — 31) Sprawozdania Deutsche Heilstätte für minderbemittelte Lungenkranke in Davos z r. 1905, 1906 i 1912. — 32) Kurregler og Husorden paa Vejlefjord-Sanatorium. — 33) Aus dem Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Oldenburg für 1912. — 34) T. Budzyński: Gaz. lek. 1913, Nr 45. — 35) I. E. Esslemont: The Medical World z d. 7. sierpnia 1913. — 36) Tenże: The Brit. Journ. of Tuberculosis. Vol. VIII, Nr 1. — 37) Tenże: The Tuberculosis Yar Book 1913—1914, Lond. — 38) C. H. Garland: Memorandum na str. 50 dzieła Final Report of the Departmental Commitee on Tuberculosis, tom II, Lond. 1913.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 10. V. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 25.

1) Przewodniczący oznajmił o śmierci Dr Józefa Krzyszkowskiego, dyrektora szpitala krajowego św. Łazarza i w krótkich słowach scharakteryzował jego działalność. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3) Kol. Latkowski przedstawił chorych na **nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, leczone wstrzykiwaniami protargolu** do kanału kręgowego.

4) Kol. Piltz przedstawił 4 przypadki **nerwicy urazowej** z identycznym objawem drżenia głowy, wywołanym d. 28. IV. b. r. przez przysypanie ziemią od wybuchu granatów. Drżenie wystąpiło po odzyskaniu przez chorych przytomności, którą utracili na przeciąg od 3 do 12 godzin.

5) Kol. Frączkiewicz wygłosił wykład p. t. **Rzut oka na przebieg epidemii duru brzusznego w okresie wojny 1914—1916.** Spostrzegane przez siebie epidemie duru brzusznego dzieli prelegent na trzy okresy. Okres pierwszy, poprzedzony epidemią czerwonki, obejmuje czas od sierpnia r. 1914 do końca lutego 1915; na okres ten przypada $^3/_4$ wszystkich przypadków duru, leczonych w szpitalu epidemicznym twierdzy, prowadzonym przez prelegenta. Okres ten charakteryzuje się dość znaczną śmiertelnością (15·8%), częstemi powikłaniami, niezwykłym torem gorączkowym przerywanym, trwającym niejednokrotnie dłużej, niż trzy tygodnie. Z powikłań bywały najczęstsze: zaburzenia w układzie krwionośnym (osłabienie mięśnia sercowego, zakrzepy, zapalenie wsierdzia i t. d.), zaburzenia narządów oddechowych (zapalenie krtani, oskrzeli, płuc i opłucnej), wreszcie zaburzenia narządów trawienia (krwotoki jelitowe, zapalenie otrzewnej, pęknięcie jelita i t. d.). Okres drugi przypada na czas od początku marca 1915 do października 1915 r. W okresie tym odsetek śmiertelności pozostał ten sam, liczba przypadków durowych zmniejszyła się, głównie dzięki zdobytemu doświadczeniu w walce z epidemią oraz urządzeniom sanitarnym. Podniosła się liczba przypadków duru po ofenzywie majowej r. 1915. Większość przypadków z tego okresu dotyczy jeńców wojennych. Przebieg choroby w tym okresie był łagodniejszy, powikłania mniej częste; zauważyć się to dało zwłaszcza u chorych, zaszczepionych przeciw durowi. Okres trzeci od listopada 1915 do końca marca r. 1916 jest tak pod względem ilości, jak i jakości duru brzusznego znacznie łagodniejszy, śmiertelność wynosiła 13·6%. Przypisać to należy odsunięciu się frontu bojowego oraz szczepieniom ochronnym.

W związku ze spostrzeganemi epidemiami omawia prelegent urządzenia szpitalne, organizacyę lekarską oraz leczenie, stosowane w epidemicznym szpitalu twierdzy l. 1. Szpital ten, urządzony na 800 łóżek, stanowił centralę, w której zgłaszano wszystkie przypadki podejrzane o choroby zakaźne, rozdzielano je do poszczególnych oddziałów i szpitali. Szpital ten zajmował się także przewożeniem tych chorych i odkażeniem ubikacyi, z których chorzy przybyli. Przyjętych chorych umieszczano na oddziale obserwacyjnym. Prawie bez wyjątku rozpoznanie duru oparto na badaniu bakteryologicznem. Nie poprzestawano na próbie aglutynacyjnej Gruber-Widala, lecz starano się o uzyskanie prątka durowego ze krwi, ewent. z osutki. Aglutynacyę 1:40 uważano za wątpliwą nawet w pierwszym okresie epidemii, w którym nie szczepiono przeciw durowi. Hodowle prątków durowych ze krwi powiodło się otrzymać u przeszło 80% chorych na dur, o ile brano większą ilość krwi, 10—20 cm sz., szczepiąc na żółci. Hodowle te otrzymywano w początkach horoby często nawet przy ujemnej próbie aglutynacyjnej. Jeśli hodowli nie otrzymywano, opierano rozpoznanie na wzrastaniu aglutynacyi przy następnych badaniach krwi, przebiegu klinicznym i ew. badaniu bakteryologicznem kału i moczu. Leczenie poza dyetą polegało na podawaniu w razie potrzeby lekarstw, wzmacniających akcyę serca lub ewent. środkach wykrztuśnych, kąpielach ciepłych, częściowo na stosowaniu szczepionek i surowic. Co do wartości szczepień podaje prelegent, że wśród 144 chorych na dur, którzy poddawali się poprzednio szczepieniu przeciwdurowemu, wynosiła śmiertelność tylko 10·9%; wśród tych chorych 134 było szczepionych raz tylko; z 10 szczepionych dwukrotnie nie umarł żaden.

Rzut oka na przebieg epidemii duru brzusznego wykazuje, że w tłumieniu tych epidemii są najważniejsze: 1) zapobieganie i odosobnienie chorych, 2) urządzenia sanitarnohigieniczne, 3) szczepienie ochronne przeciw durowi.

Odczyt, poparty demonstracyami krzywych, tablic, fotografii i historyi chorób, zakończył prelegent podziękowaniem swym współpracownikom.

W dyskusyi a) kol. Kramarzyński podnosi znaczenie organizacyi, widoczne na podstawie materyału prelegenta. — b) Kol. Gieszczykiewicz zwraca uwagę, że w szpitalu epidemicznym twierdzy l. 2 śmiertelność u chorych szczepionych i nieszczepionych nie różniła się wyraźnie. Trudność oceny wyników szczepienia widzi mowca w niepewności wywiadów. — c) Kol. Blassberg podnosi wpływ leczniczy kąpieli. — d) Kol. Meyer proponuje dla oceny znaczenia szczepień ochronnych przeciwdurowych porównanie przebiegu epidemii ostatnich okresów wśród ludności cywilnej nieszczepionej i wśród wojska. — e) Kol. Lubecka omawia sprawę roznosicieli zarazków durowych.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1915/16, XLII działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

I. Posiedzenie zwyczajne d. 4. września 1915 r.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 11 członków.

1. Sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w roku ubiegłym, skarbnik przedstawił stan kasy, a bibliotekarz stan biblioteki.

2. Wybory do Zarządu: powołano na prezesa S. Dobruckiego, na wiceprezesa Cz. Czerwińskiego, na sekretarza W. Jasińskiego, na skarbnika A. Staniszewskiego, na bibliotekarza A. Jaworowskiego.

II. Posiedzenie zwyczajne d. 4. listopada 1915 r.

Przewodniczący C. Czerwiński; obecnych 9 członków.

Czerwiński przedstawił:

a) Preparat **ciąży jajowodowej** pękniętej, otrzymany drogą zabiegu brzusznego. Przypadek zasługuje na uwagę z powodu szybkiego powrotu do zdrowia chorej pomimo bardzo znacznego krwotoku.

b) **Torbiel skórzastą** prawego jajnika, wielkości główki noworodka; guz powodował silne bóle w dolnej części brzucha, co jest charakterystyczne dla tego rodzaju torbieli.

III. Posiedzenie zwyczajne d. 4. grudnia 1915.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 8 członków.

1. J. Czarnecki przedstawił: a) Przypadek **oskalpowania czaszki** (wskutek urazu), **leczony za pomocą przeszcze-**

piania sposobem Thierscha. Przeszczepienia dokonywano częściowo, zaczynając od czoła. Po dwukrotnym zabiegu głowa została prawie zupełnie pokryta.

W dyskusyi radzi Dobrucki dokonać dodatkowo przeszczepiania według Reverdina; podkreśla, że sposób Thierscha udaje się wyłącznie przy używaniu płatków skóry tego samego osobnika, próby stosowania skóry obcej zawsze zawodzą.

b) Następnie przedstawia Czarnecki 20-letniego mężczyznę, operowanego z powodu **wola.** Przerost dotyczył głównie części środkowej i dawał objawy wybitnej duszności. Zagojenie zupełne (per primam) w 10 dni po zabiegu.

2. Czerwiński przedstawił preparaty:

a) **torbieli skórzastej** zmartwiałej; guz w stanie rozkładu znajdował się dość długo w jamie brzusznej, nie wywołując żadnych wzniesień ciepłoty;

b) **guza złośliwego jamy brzusznej**; powiększenie tego guza nastąpiło wkrótce po porodzie; nieumiejętne traktowanie chorej przez położną (zbyteczne badania wewnętrzne) spowodowało zakażenie, które stwierdzono »in statu nascendi« podczas zabiegu w celu usunięcia guza; — chora zmarła przy objawach zapalenia otrzewnej.

W dyskusyi omawia Dobrucki trudności rozpoznawcze w przypadkach guzów jajnika ze skrętem szypuły.

Listy do Redakcyi.

Dnia 12. IV. 1916 zabrałem głos w przemówieniu, trwającem więcej niż godzinę, w dyskusyi nad odczytem prof. Dr Latkowskiego »O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym«. Ze względów technicznych sprawozdanie z mego przemówienia zostało streszczone w 29 wierszach.

Ta krótka wzmianka wywołała list prof. Popielskiego, uwłaczający mi jako pracownikowi klinicznemu. Nie zatrzymuję się dłużej nad metodą wyrywania poszczególnych oderwanych zdań i stosowania ich przeciw przeciwnikowi, ponieważ postępowanie takie zostało już niejednokrotnie należycie osądzone; przechodzę odrazu do rzeczy, powtarzajac poniżej streszczenie mego przemówienia, tak jak było ogłoszone (Nr 11. 1917 »Przeglądu lekarskiego«) i podając drukiem odmiennym zdania, które raczył zacytować prof. Popielski. Streszczenie to brzmiało, jak następuje:

»Kol. Michałowicz stwierdził u cierpiących na osłabienie mięśnia sercowego żołnierzy: zwiększenie stłumienia, zmianę konfiguracyi poszczególnych konturów w rentgenologicznym obrazie serca, zaostrzenie drugiego tonu na tętnicy płucnej i na aorcie, nieczystość pierwszego tonu na koniuszku serca, szybkość i łatwą uciskalność tętna. Do bardzo cennych objawów należy zaostrzenie drugiego tonu nad aortą przy zwykłej pozycyi chorego i zanik tego zaostrzenia w pozycyi z podniesionemi rękami (obciążenie aorty). Mówca analizuje warunki powstania wyżej wspomnianych objawów i zaznacza, że w bardzo wielu przypadkach osłabienia mięśnia sercowego objawy te mogą być nieobecne; badający chorego lekarz powinien w takich razach polegać przedewszystkiem na oględzinach chorego. Nawpół otwarte usta, lekkie rumieńce zastoinowe, widoczne tętnienie tętnic na skroniach, wzdłuż szyi, nad obojczykami, »in jugulo«, widoczne bicie koniuszka serca i tętnienie w dołku pod mostkiem, wreszcie sama konfiguracya klatki piersiowej (beczkowata, płaska), dają nieraz cenne wskazówki«.

»*Oglądanie daje nieraz w badaniu chorób sercowych lepsze wyniki niż osłuchiwanie.* Często bowiem osłuchiwanie i opukiwanie serca nie dają żadnych wyraźnych danych przy istniejącem cierpieniu serca. Zachodzą tu podobne warunki, jak przy badaniu wywiadem, gdzie, jak stwierdza wytrawny znawca chorób sercowych, Makenzie, podmiotowe skargi chorego mogą czasem poprzedzić na wiele lat wystąpienie objawów przedmiotowych choroby serca. *Zatrudniony przy wojsku lekarz nie może polegać na wywiadzie, musi więc w braku danych opierać się na oglądaniu (metodzie inspekcyjnej) i kierować się przedewszystkiem swym zmysłem klinicznym*«.

Każdy bezstronny, a posiadający chociażby elementarne wykształcenie kliniczne czytelnik przyzna na zasadzie już tego krótkiego streszczenia, że omówiłem nietylko liczne metody klinicznego badania, lecz że, jak mówi streszczenie, zanalizowałem warunki powstania poszczególnych objawów klinicznych.— Inaczej prof. Popielski. — Prof. Popielski wyrywa dwa luźne zdania i wysnuwa ze streszczenia mego przemówienia wniosek, który podaję dosłownie bez skróceń:

»To uznawanie »zmysłu klinicznego«, jako metody rozpoznawczej, jest zaprzeczeniem potrzeby wykształcenia klinicznego, na którem lekarz oparty, przy pomocy jedynie metod klinicznych, dochodzi do rozpoznania«.

Otóż ośmielam się zaprzeczyć prof. Popielskiemu. Twierdzenia Jego nie są zgodne z prawdą. W całem streszczeniu mego przemówienia niema ani jednej wzmianki o »uznaniu zmysłu klinicznego«, jako »metody rozpoznawczej«, niema też »zaprzeczenia potrzeby wykształcenia klinicznego«.

Co się zaś tyczy końcowego, z nauką nic wspólnego nie mającego ustępu listu prof. Popielskiego, to na ten ustęp odpowiadać nie będę, ponieważ nie uważam łamów tak poważnego pisma, jakiem jest »Przegląd lekarski«, za miejsce dla wyrównywania osobistych nieporozumień.

Dr Mieczysław Michałowicz.

W odpowiedzi na list otwarty prof. Popielskiego zauważyć muszę, że pojęcie zmysłu może mieć tak w polskim języku, jak i w innych, przynajmniej dwojakie znaczenie: zwykłe dosłowne znaczenie narządu zmysłowego, jak n. p. zmysł wzroku, słuchu, powonienia i t. d. i znaczenie przenośne, jako szybkiej koordynacyi władz umysłowych w pewnym kierunku, przyczem wchodzi w grę kooperacya wszystkich narządów zmysłowych; w tem też znaczeniu przenośnem mówi się n. p. często o »zmyśle praktycznym«.

Zmysł kliniczny, jest to owa trafność w ocenianiu i oryentowaniu się wśród zjawisk chorobowych, zwłaszcza zawilszych, jaką zyskuje lekarz na podstawie długiego doświadczenia, nabytego zwłaszcza w klinice przy pomocy rozlicznych metod badania; pozwala ona doświadczonemu lekarzowi lepiej i szybciej rozpoznać i ocenić dany przypadek, niż niedoświadczonemu, choć obaj opierają się na tych samych metodach badania w danym razie. Stąd wynika, że zmysł kliniczny żadną specyalną metodą nie jest, jakoteż, że wcale nie wyklucza metod klinicznych, owszem łączy się z niemi i opiera na nich. Zwłaszcza w przypadkach ambulatoryjnych, o których była mowa, kiedy nie wszystkie metody kliniczne mogą być zastosowane, zmysł kliniczny pozwala doświadczonemu klinicyście na trafne rozpoznanie w trudnym zwłaszcza przypadku i chroni go raczej od rozpoznawania zapalenia płuc i oskrzeli tam, gdzie jest tylko wysięk opłucny.

Doświadczenie osobiste w ocenie zjawisk ma znaczenie i w naukach tak ścisłych, jak fizyka i chemia, w których także doświadczony badacz w eksperymentalnej dziedzinie trafniej oceni i przepowie kierunek danych zjawisk fizycznych czy chemicznych, niż młody adept tej nauki, operujący temi samemi, co tamten metodami. Jest to zatem zjawisko ogólne.

Nieporozumienie wynikło może jeszcze i stąd, że streszczenie mojej odpowiedzi jest z powodu braku miejsca w »Przeglądzie« (Nr 9) dość krótkie i nie wyczerpujące i nie pozwala na należytą ocenę tego, co mówiłem i jak tę sprawę rozumiałem. Omówienie zaś w odczycie przezemnie dokładne metod t. zw. funkcyonalnych, któremi dość długo audytoryum zajmowałem i podkreślenie ważności metody opukowej najlepszym chyba było dowodem, że nie jestem przeciwnikiem metod klinicznych i wykształcenia lekarskiego, które zawsze skutecznie popierałem i nadal popierać będę.

Sądzę, że w tych paru słowach dostatecznie wyjaśniłem, o co mi chodziło, odpowiedź tę zaś zamieszczam jedynie ze względu na wyświetlenie sprawy samej.

cznego«.

Prof. Dr J. Latkowski.

Wobec zupełnego wyjaśnienia sprawy przez powyższe odpowiedzi, zamykamy na tem polemikę w sprawie »zmysłu klini-

Redakcya.

Wiadomości bieżące.

Wykaz wolnych posad lekarzy okręgowych w Galicyi: Wybranówka, Strzeliska nowe i Brzozdowce w powiecie Bobreckim; Klucz w pow. Brzozowskim, Czchów w pow. Brzeskim, Narol, Cieszanów i Horyniec w pow. Cieszanowskim, Wełdzirz, Perehińsko i Rożniatów w pow. Doliniańskim, Bolesław, Siedlisiewicze, Radgoszcz w pow. Dobromilskim, Lubień w pow. Gródek Jagielloński, Dąbrowica w pow. Gorlickim, Kołaczyce, Dębowiec w pow. Grodeckim, Ujście ruskie w pow. Jasielskim, Liszki w pow. Krakowskim, Baligród w pow. Liskim, Husaków w pow. Dąbrowskim, Bircza, Nowe Miasto w pow. Mościskim, Borowa w pow. Mieleckim, Kamień, Ulanów w pow. Niskim, Świrz w pow. Przemyślańskim, Jodłowa w pow. Pilzneńskim, Topolnica, Stara Sól w pow. Starosamborskim, Nadbrzezie w pow. Tarnobrzeskim, Świątniki górne w pow. Mieleckim, Kulików w pow. Żółkiewskim i Ruda w pow. Żydaczowskim. (Wykaz ten podaje do wiadomości Izba lekarska wschodnio-galicyjska).

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 28. III. b. r. posiedzenie, na którem przedstawili chorych: Dr Wysocki (zakażenie ziarenkowcem czworaczym), prof. Kader i prof. Majewski (diplopia monocularis), prof. Kader (zrost prącia z udem po postrzale, tętniak tętnicy udowej), Dr Engländer (przepuklina brzuszna u płodu), następnie Dr Kleczkowski wyłożył o swym nowym sposobie badania adaptacyi siatkówki i hemeralopii, a w końcu odbyły się dyskusye nad demonstracyami i wykładami z ostatnich posiedzeń. W dyskusyach przemawiali kol. Birnbaum, Engländer, Kader, Majewski, Wojciechowski.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 4. kwietnia w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).

Zmarli: Dr Jan Jakimowicz w Piotrkowie, z duru, Dr Ignacy Dąbrowski w 55 r. ż. w Łomży, z duru osutkowego; znakomity neurolog prof. Déjerine w Paryżu.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Marzec (cena 1·50 Mk.).

Zeszyt marcowy zawiera następujące rozprawy z zakresu chorób narządu trawienia: Prof. Michaelis: Postępy w kierunku prostych, nadających się do użytku klinicznego chemicznych metod badania w chorobach żołądka. — Prof. Strauss: O topicznym punkcie wyjścia w przewlekłych zapaleniach okrężnicy.— Prof. Albu: Wartość i sprawność badania rentgenologicznego dla rozpoznawania chorób trawienia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1917.

Gazeta lekarska Nr 9—12.: Erlichówna i Jonscher: O leukopenii doświadczalnej (9—11). — Zieliński: Hipnoza bojowa (9). — Puławski: Władysław Biegański (10). — Sterling i Sterlinanka: O odczynie swoistym Weil-Felixa w tyfusie plamistym (11). — Schusterówna: Trzy przypadki kiły płuc u ludzi dorosłych (12). — Ruppert: Przypadek choroby, zbliżonej do typu gorączki powrotnej lub t. zw. febris quintana (12).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 8—12.: Ambroziewicz: Chininum bimuriaticum carbamidatum, jako środek znieczulający (8—9). — Zamenhof: (dok. 8). — Hewelke: Zmiany anatomiczne w durze wysypkowym (9—12). — Męczkowski: Służba zdrowia w wojsku polskiem (10—12). — J. Zawadzki: Dobroczynność w Polsce (9—11).

Kronika dentystyczna Nr 3.: Grohn: W sprawie amputacyi miazgi zębowej.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 4. kwietnia 1917 o godzinie 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr R. Spira: Choroby uszne, a służba wojskowa.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.